
© Zi_Lopata



Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried[1] / Dr. PH Sandra Mangiapane[2]

1: Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

2: Leiterin des Referats Grundsatzfragen des Zi

Überlegungen zur Einführung eines Primärarztsystems

>> Wer wünschte sich als Patient nicht, dass die behandelnden Ärztinnen mehr Zeit hätten? Diesem Wunsch steht entgegen, dass sich die medizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung im internationalen Vergleich durch eine hohe Fallzahl in Praxen und Krankenhäusern auszeichnet. Ärztliche (und pflegerische) Kapazitäten sind in Deutschland hingegen häufiger vorhanden als in vielen anderen OECD-Ländern (OECD, 2025). Zugleich offenbaren internationale Erhebungen, dass die Deutschen dank ihres derzeit praktisch unregulierten Zugangs zu Praxen und Krankenhäusern nur wenige medizinische Beschwerden wegen hoher Zuzahlungen, langer Wartezeiten oder weiter Wege unbehandelt lassen müssen (sogenannte unmet needs) (OECD, 2025).

Vor diesem Hintergrund scheint die Gesundheitspolitik von der naheliegenden Vermutung geleitet, in der GKV werde zu häufig, mindestens aber zu unkoordiniert ärztlicher Rat gesucht. Die Einschränkung der freien Arztwahl durch Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems soll daher – so steht es im Koalitionsvertrag - letztlich schnellere Facharzttermine für die zuerst durch den Primärarzt behandelten und geleiteten Patienten zur Folge haben, als dies heute der Fall ist.

Tatsächlich kritisieren derzeit rund 30% der Versicherten die Wartezeiten auf Facharzttermine als zu lang (Kaiser, 2025). Dabei sind die Wartezeiten in Deutschland im internationalen Vergleich außerordentlich kurz. Laut der aktuellen Versichertenbefragung des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten 92% der Versicherten binnen 7 Tagen eine Gelegenheit, sich in einer Hausarztpraxis vorzustellen. Bei Terminen für fachärztliche Behandlungen können die Wartezeiten etwas länger sein: 45% der Versicherten erhalten einen Facharzttermin binnen 7 Tagen, 31% warten länger als 21 Tage (Kaiser 2025).

In Norwegen, das pro Kopf der Bevölkerung 20% mehr Ärzte im Gesundheitswesen beschäftigt als Deutschland (Saunes et al., 2024), haben die Bürger binnen 10 Tagen Anspruch auf eine Antwort des Facharztes, ob die Überweisung des Hausarztes angenommen wird (HelseNorge, 2023). Die Wartezeiten auf eine Behandlung können sich dann je nach Sachverhalt und Institution auf mehrere Monate erstrecken. Folglich berichten Norweger häufiger über unmet needs als Deutsche, insbesondere aufgrund von Wartelisten. In den Niederladen hingegen, in denen ebenfalls ein Primärarztsystem existiert, sind die unmet needs insgesamt ähnlich niedrig wie in Deutschland, allerdings der Anteil aufgrund von Wartelisten höher und auch die Zahl der Arztkontakte ähnlich hoch (Eurostat, 2025).

Soll das Versprechen des Koalitionsvertrags für schnellere Facharzttermine funktionieren, muss geprüft werden, wie dies durch die Einführung eines hausärztlichen Überweisungsvorbehalts erreicht werden kann.

Zunächst zum Mengengerüst: Von den jährlich rund 450 Millionen vertragsärztlichen Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt entfallen 168 Millionen auf Hausarztpraxen, 282 Millionen auf die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung (Mangiapane et al., 2025).

In den Abrechnungsdaten finden wir darunter rund 100 Millionen fachärztliche Fälle, für die keine Überweisung dokumentiert wurde. Nur 11 Millionen davon entfallen auf Patienten, die in diesem Jahr gar keinen Hausarzt aufgesucht haben. Für den allergrößten Teil (80% der Fälle) liegt eine hausärztliche Inanspruchnahme im gleichen Quartal oder im Vorquartal vor, so dass eine hausärztliche Steuerung zumindest möglich gewesen wäre.

Fazit: Je nachdem, wie der für ein Primärarztsystem notwendige Überweisungsvorbehalt ausgestaltet wird, führt die Einführung eines Primärarztsystems zu ca. 335 bis 2.000 zusätzlichen Kontakten pro Hausarzt und Jahr. Nicht jeder Kontakt wird zu einem zusätzlichen Fall. Bezogen auf den Mittelwert von 900 Fällen mit jeweils durchschnittlich zwei Kontakten pro Quartal und Hausarzt muss folglich je nach Ausgestaltung des Überweisungsvorbehalts eine Zusatzbelastung pro Hausarzt von 5 bis 27% erwartet werden.

Welche Erwartungen darf man anhand von Erfahrungen in Deutschland an die Wirkung eines Überweisungsvorbehalts auf die Zahl der Facharztkontakte haben? Hierzu gibt es zwei wesentliche Erkenntnisse:

- Aus der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wissen wir, dass für die eingeschriebenen Patienten die Zahl der Hausarztkontakte um rund ein Viertel gestiegen ist und sich die Zahl der Facharztkontakte ohne Überweisung stark verringert hat. Insgesamt sind die Facharztkontakte in der HzV aber nicht zurückgegangen. Vielmehr wurde die ambulante Versorgung insgesamt intensiver. (Laux et al., 2023)
- Nach Abschaffung der Praxisgebühr zum Jahresende 2012 blieb die Gesamtzahl der Facharztkontakte in Bayern in den Folgequartalen praktisch konstant, während der Anteil der per Überweisung gesteuerten Facharztkontakte sich binnen 16 Quartalen von rund 73% auf rund 27% reduzierte. Dabei stieg die Zahl der Hausarztkontakte um etwa 10% (Schneider, 2019).

Dies spricht dafür, dass ein hausärztlicher Überweisungsvorbehalt allein nur wenig ändern dürfte, um Raum für schnellere Facharzttermine zu bekommen. Stellt man die Frage, in welchen Bereichen Inanspruchnahmen in der fachärztlichen Versorgung ohne materielle Einschränkung der Versorgung verringert werden könnten, stößt man auf folgende Hypothesen:

Hypothese 1

Patienten irren umher oder suchen so lange verschiedene Fachärzte auf, bis aus ihrer Sicht die richtige Entscheidung getroffen wurde.

Evidenzlage: In den Abrechnungsdaten sehen wir kaum eine relevante fachgleiche

Mehrfachinanspruchnahme. Drei und mehr Praxen einer Fachrichtung werden in fast allen Fachrichtungen von weniger als 1% der Versicherten in Anspruch genommen. Vielmehr scheint es feste Beziehungen zu einzelnen Praxen bestimmter Facharztrichtungen zu geben (von Stillfried & Mangiapane, 2026, von Stillfried et. al, 2026).

Ausnahme: Hausärztliche Versorgung. Hier liegt der Anteil der Mehrfachinanspruchnahme selbst nach Herausnahme von Notfällen und Vertretungsfällen bei 2,3%.

Fazit: Registrierung in einer Hausarztpraxis könnte in den Hausarztpraxen das freisetzen, was an Zusatzbelastung durch das Primärarztsystem dazu kommt.

Hypothese 2

Doppeluntersuchungen führen zu einer hohen und vermeidbaren Anzahl an Facharztbesuchen.

Evidenzlage: Diese Hypothese wurde bereits im Jahr 2008 durch ein im Auftrag des Deutschen Facharztverbandes vom IGES erstelltes Gutachten entkräftigt (Albrecht et al., 2008). Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die Einsparpotenziale der Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen vermutlich stark überschätzt werden, da damit lediglich 0,1% bis 0,2% der gesamten Leistungsausgaben der GKV einhergehen.

Hypothese 3

Eine relevante Anzahl von Patienten nimmt – aus Unzufriedenheit über die medizinische Antwort auf eine gesundheitliche Beschwerde – mehrere Praxen der gleichen Fachrichtung in Anspruch (doctor hopping).

Evidenzlage: Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zeigen, dass der Anteil der Patienten mit einer fachgleichen Mehrfachinanspruchnahme von drei oder mehr Praxen pro Jahr in der fachärztlichen Versorgung mit Ausnahme der Bereiche Gynäkologie, Radiologie, Nephrologie, Hämatoonkologie und Rheumatologie deutlich unter 1% liegt (von Stillfried & Mangiapane, 2026).

Hypothese 4

Fachärzte bestellen sich Patienten wieder ein. Dadurch entsteht eine hohe Anzahl an vermeidbaren Facharztbesuchen.

Evidenzlage: Bisher noch nicht veröffentliche Analysen des Zi ergaben in diesem Zusammenhang, dass der Anteil an Patienten, der innerhalb von 4 Quartalen erneut bei einer Facharztpraxis vorstellig war, mit Ausnahme der Fachrichtungen Nephrologie, Hämatoonkologie und Rheumatologie deutlich unter 40% liegt; wenn man einen Beobachtungszeitraum von 8 Quartalen zugrunde legt, erhöht sich dieser Anteil auf grob die Hälfte der Patienten. Ob und inwieweit diese Wiedervorstellungen durch ein Primärarztsystem reduziert werden können, ist an deutschen Daten nicht untersucht worden.

Hypothese 5

Es gibt einen großen Umfang an Fehlversorgung, der durch ein Primärarztsystem abgebaut werden kann.

Evidenzlage: Dieser Bereich ist am schwierigsten zu quantifizieren. Sicherlich besteht Spielraum bei der Beurteilung der Notwendigkeit der einen oder anderen auch hausärztlich veranlassten fachärztlichen Mitbehandlung sowie bezüglich der Dringlichkeit einer solchen Mitbehandlung. Aus Abrechnungsdaten dürfte dies schwer bis gar nicht zu beurteilen sein. Zwar wird allgemein unterstellt, dass hierbei ein erheblicher Spielraum besteht. Internationale Evidenz, z. B. aus Kanada, zeigt jedoch, dass Strategien, Patienten durch Regeln und finanzielle Anreize stärker an eine Primärpraxis zu binden, letztlich von begrenztem Erfolg sind (Lavergne et al., 2018, Institut of Health Economics Alberta Canada, 2025, Jiang, 2025, Dangerfield, 2024). Auch der Spielraum, der sich z. B. durch eine Reduktion von Leistungen aus dem Bereich der sogenannten low value care eröffnen könnte, fällt in Deutschland nach aktuellen Studien weitaus geringer aus, als durch Vertreter der „Fehlversorgungshypothese“ oftmals unterstellt wird (Hildebrand et al, 2025).

Fazit

Ist es vor diesem Hintergrund zu erwarten, dass ein Primärarztsystem – wie im Koalitionsvertrag angekündigt – zu einer schnelleren Terminvergabe in Facharztpraxen führt? Studien, die sich bisher mit der aktuellen Versorgungsrealität auseinandergesetzt haben, kommen häufig zu dem Schluss, dass eher mehr als weniger fachärztliche Mitbehandlung notwendig ist. Aufgabe der Versorgungsforschung ist es daher, die Annahmen über die Ursachen der fachärztlichen Terminknappheit weiter zu prüfen. Vermutlich kann eine Freisetzung fachärztlicher Kapazitäten im Wesentlichen durch mehr inhaltliche Steuerung im Sinne einer Verlagerung eines bestimmten Versorgungsanteils in die Primärpraxis erreicht werden. Dafür wäre allerdings ein Ausbau der in Primärarztpraxen vorhandenen Vordiagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten erforderlich.

Darüber hinaus müssten Praxen hin zur Teampraxis verändert und mehr Leistungen an qualifiziertes nicht-ärztliches Praxispersonal delegiert werden, um hausärztliche Kapazitäten freizusetzen. Entscheidend ist, dass im Zusammenhang mit der Delegation keine neuen Parallelstrukturen aufgebaut werden, sondern dass die Delegation im Rahmen der Praxisstrukturen erfolgt. Um zu vermeiden, dass Hausarztpraxen durch die Einführung eines Primärarztsystems übermäßig belastet werden, ist es zudem relevant, wie der zukünftige Überweisungsvorbehalt ausgestaltet wird.

Sollte zukünftig jede Überweisung von Hausärzten ausgestellt werden müssen (Sternmodell), würde dies zu einer deutlich größeren Mehrbelastung führen als in einem Kettenmodell, in welchem Überweisungen unter Fachärzten weiterhin möglich sind. Zudem sollte der Ansatz einer digitalen Steuerung mittels Ersteinschätzung auch für die Vergabe von Facharztterminen ausgebaut werden. Würden darüber hinaus die Regelungen zur Krankschreibung dahingehend verändert werden, dass grundsätzlich bis zu drei Karenztage möglich sind, in denen keine ärztliche Krankschreibung erforderlich ist, könnte auch dies Hausarztpraxen zusätzlich entlasten.

All dies erfordert einen längerfristigen Prozess, bei dem der Fokus auf die Veränderungen der Primärarztpraxen gelegt werden muss. Diese müssen investieren und Dispositionen treffen können, um z.B. Teamstrukturen und die digitale Kommunikation mit ihren Patienten zur Vermeidung von unnötigen Vorstellungen in der Praxis auszubauen (Grosse & Jäger 2024). Zudem müssen Vergütungsstrukturen angepasst werden, wenn Primärpraxen mehr Zeit für eingeschriebene Patienten aufbringen und intensivere Be-

handlungen durchführen sollen. Unbedingt zu vermeiden ist ein Koordinationschaos durch Parallelangebote und Doppelstrukturen, wie dies zum Beispiel durch die geplante Regelung der Notfallreform zum durch die Kassenärztlichen Vereinigungen 24/7 vorzuhaltenden aufsuchenden Dienst (Zi, 2025) oder durch die Regelung des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) droht. <<

Zitationshinweis

von Stillfried, D., Mangiapane, S: „Überlegungen zur Einführung eines Primärarztsystems", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 50–52. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2798

Literatur

Albrecht, M., Freytag, A., Gottberg. A., Storz, P. (2008) Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung, Baden-Baden: Nomos, 2008. https://doi.org/10.5771/9783845206622
Dangerfield, K. (2024) https://globalnews.ca/news/10242419/family-doctor-walk-in-clinic-patient/
Eurostat (2025) Unmet health care needs statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics zugegriffen am: 16.1.2026
Grosse, H, Jäger, S. (2024) Ärztliche Arbeitswelt im Wandel. In: Berliner Ärzt:innen, Mitgliederzeitschrift der Ärztekammer Berlin. Ausgabe 6/2024. https://magazin.aekb.de/fileadmin/mitgliederzeitschrift/2024/2024-06_Berliner-Aerzt-innen_web.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
HelseNorge (2023) Right to healthcare from the specialist health service. https://www.helsenorge.no/en/health-rights-in-norway/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp/ zugegriffen am: 16.1.2026
Hildebrandt M, Pioch C, Dammertz L, Ihle P, Nothacker M, Schneider U, Swart E, Busse R, Vogt V. (2025) Quantifying Low-Value Care in Germany: An Observational Study Using Statutory Health Insurance Data From 2018 to 2021. Value Health. 2025 Jun;28(6):884-893. doi: 10.1016/j.jval.2024.10.3852. Epub 2024 Nov 20. PMID: 39577831.
Jiang K. (2025) You can be fired by your family doctor for visiting a walk-in clinic in Ontario — and there's little you can do about it. https://www.thestar.com/news/canada/you-can-be-fired-by-your-family-doctor-for-visiting-a-walk-in-clinic-in/article_366ace28-6f8f-11ef-8e2c-5359772a7ec4.html zugegriffen am: 16.1.2026
Kaiser, P. (2025), Wie sehen Versicherte das deutsche Gesundheitswesen? in: 90 Prozent 44/2025. Abgerufen von https://www.gkv-90prozent.de/bilder/ausgabe_44/tiefer-geblickt_versichertenbefragung_2025.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
Laux, G., Witte, C., Wensing, M., Szecsenyi, J. (2023), Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 bis 2020). Studienphase 2021 bis 2022. Abgerufen von https://neueversorgung.de/images/2023/08_23/Ergebnisbericht_21-22_Universitt_Heidelberg_Teil_1.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
Lavergne MR, Law MR, Peterson S, Garrison S, Hurley J, Cheng L, McGrail K. (2018) Effect of incentive payments on chronic disease management and health services use in British Columbia, Canada: Interrupted time series analysis. Health Policy. 2018 Feb;122(2):157-164. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.11.001. Epub 2017 Nov 10. PMID: 29153847.
Mangiapane, S., Czihal T., von Stillfried D. (2025) Implikationen eines Primärarztsystems in Deutschland, in: Die Innere Medizin. https://doi.org/10.1007/s00108-025-02028-7
OECD (2025) Health at a glance https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
Saunes IS, Durvy B, Litvinova Y (2024) Norway. Health System Summary 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISSN 2958-9193 (online) ISBN 9789289014380 (PDF)
Schneider, A. (2019), Vergleich des Inanspruchnahmeverhaltens von Patienten vor und nach Abschaffung der Praxisgebühr. Abgerufen von: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2017/Schneider_TU_Muenchen.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
von Stillfried, D. und Mangiapane S. (2026) Primärarztsystem in Deutschland: Hoffnung auf schnellere Facharzttermine durch Patientensteuerung. Gesundheits- und Sozialpolitik (am 11.12.2025 zur Veröffentlichung angenommen)
von Stillfried, D., Hu, E. & Mangiapane, S. Patientensteuerung in der Onkologie. Forum (2026). https://doi.org/10.1007/s12312-025-01535-w
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) (2025) Grafik des Monats November 2025. https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/november-2025 zugegriffen am: 16.1.2026

Verbindlichkeit ist wichtig

>> Mit der Einführung eines Primärversorgungssystems verbinden viele Akteure große Erwartungen: mehr Effizienz in der Versorgung, kürzere Wartezeiten auf Arzttermine und eine bessere Steuerung von Patientinnen und Patienten. Wie ein solches System in Deutschland sinnvoll ausgestaltet werden könnte, stand im Mittelpunkt der Veranstaltung „AOK im Dialog" des AOK-Bundesverbandes in Berlin. Es diskutierten Rebecca Beerheide, Armin Grau, Carola Reimann, Hans Theiss, Anke Scheer-Richter und Markus Beier.

Eine Primärversorgung ist in den meisten Ländern Europas längst Praxis, wie Professor Wilm Quentin von der Universität Bayreuth in seinem Impulsvortrag zeigte. Seine Bilanz fiel eindeutig „pro Primärversorgung" aus. Anhand internationaler Beispiele aus Ländern wie Spanien, Finnland oder Großbritannien zeigte Quentin auf, dass Primärversorgungssysteme dort vielfach die Regelversorgung darstellen. Sie seien in der Lage, rund 90 Prozent der gesundheitlichen Probleme abschließend zu behandeln. „Viele Gesundheitssysteme in anderen Ländern wurden um eine Primärversorgung herum aufgebaut", erklärte Quentin.

Ziel sei stets eine bessere Koordination und klare Zuständigkeiten. Ein zentrales Element sei dabei das sogenannte Gatekeeping, also die gezielte Steuerung der Patientinnen und Patienten, verbunden mit einer Einschreibung bei einem Primärversorger. Damit ein solches System funktioniere, brauche es jedoch Anreize – sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die Leistungserbringenden. Diese könnten für Versicherte etwa im erleichterten oder generellen Zugang zu Leistungen bestehen, für Ärztinnen und Ärzte in der Vergütung. Eine gute Primärversorgung stütze sich dabei auf vier wesentliche Säulen: Erstkontakt, Kontinuität in der Versorgung, ein breites Leistungsspektrum und Koordination.

In der anschließenden Podiumsdiskussion, moderiert von Rebecca Beerheide, Politikressortleiterin des „Deutschen Ärzteblatts", herrschte Einigkeit darüber, dass ein Primärversorgungssystem ohne Verbindlichkeit kaum funktionieren könne. Uneinigkeit bestand jedoch bei der Frage, wie stark diese Verpflichtung ausgestaltet sein sollte und welche Anreize sinnvoll wären. <<